Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

**Redakcyja:**
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

**Ekspedycyja miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | 4 „ 40 „ | 3 „ | 8 „ | 12 „ |
| | Kwartalnie | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 4 „ | 6 „ |

Kraków, 24 lipca 1886. **№ 30.** Rok XXV.



## I. Z zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza w Krakowie.

## O nerwikach wykrytych w osłonce pni nerwowych (nervi nervorum periphericorum).

Przez Dra Jana Prusa,
asystenta kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.
(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 7 lipca 1886).

Metoda barwienia tkanek żywych, podana przez Ehrlicha, bezsprzecznie znacznie rozszerzyła zakres badań histologicznych, umożliwiła bowiem nie tylko badanie zachowania się tkanki żyjącéj względem różnych barwików, lecz także pozwoliła wniknąć w sprawy życia niektórych tkanin. Dotychczas, jak wiadomo, poprzestać musiano na barwieniu tkanek nieżywych, w których z jednéj strony zmiany pośmiertne, a z drugiéj strony wpływy różnych płynów użytych do stwardnienia tkanki zatrzeć mogły snadnie właściwą budowę tkaniny. Niedogodnościom tym starano się w dwojaki sposób zapobiedz. W celu uniknienia zmian pośmiertnych w tkaninie wkładano tkanki bezpośrednio po wycięciu ich z ustroju żyjącego już to do kwasu chromowego, już téż do roztworu Flemminga itp., któreto płyny mają posiadać własność przeprowadzenia tkanin w stan stężenia i utrwalenia ich szczegółów drobnowidowych. Temuto postępowaniu zawdzięczać winniśmy głównie poznanie karyokinezy, poznanie nitkowatéj budowy jądra, pierwoszcza itd. Drugą niedogodność, tj. wpływ środków twardniejących, starano się zrównoważyć niejako wyborem odpowiednich barwików, a uzyskanie odmiennego zabarwienia tkanin, będących odmiennéj przyrody histologicznéj, jest już od dawna upragnionym celem histologów. Jakkolwiek w tym kierunku poczyniono wiele pięknych odkryć i spostrzeżeń,—a wystarczy tu wspomnieć o odkryciu Kocha, dotyczącém odmiennego barwienia laseczników gruźliczych, to przecież przyznać należy, że podanie metody, która umożliwia barwienie tkanki żyjącéj, tkanki zostającéj w integralnym związku z organizmem, uważać musimy za ważny postęp w histologii. Metoda tego rodzaju zasługuje tém więcéj jeszcze na uznanie, jeżeli zważymy, że barwienie tkanki obumarléj może nam tylko wyjaśnić czysto anatomiczne stosunki, tj. budowę i architekturę tkanki, nie daje nam jednak żadnego wyjaśnienia pod względem własności żywotnéj tkanin, słowem nie pozwala nam wniknąć w bijologiję. Pytania bowiem: jakie pierwiastki przyswaja sobie komórka, jakie posiada oddziaływanie, jak się zachowuje względem materyjału ziarnistego itp., można tylko rozwiązać na drodze barwienia tkanek żywych.

Wyniki pierwszych prób w tym kierunku przedsięwziętych ogłosił Ehrlich w pracy pod tytułem: „*Das Sauerstoffbedürfniss des Organismus. Eine farbenanalytische Studie*“. Wychodząc z zasady, że sprawa utleniania i odtleniania odbywa się w komórkach, usiłował poznać bliżéj rodzaj i jakość téj czynności. W tym względzie użył jako miary do ocenienia owych spraw życia różnych barwików, które przez odtlenienie przechodzą w mniéj barwne lub bezbarwne połączenia i na odwrót. Aby jednak jakiś barwik mógł niechybnie do tego celu służyć, powinien posiadać wspomnianą własność w wysokim stopniu, tj. powinien łatwo ulegać nie tylko utlenieniu ale także odtlenieniu, a powtóre powinien być doprowadzonym do komórek w postaci delikatnych ziarenek, a nie w stanie zupełnego rozpuszczenia. Pierwoszcze bowiem żyjące, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nie ma żadnego powinowactwa do barwika, znajdującego się w stanie zupełnego rozpuszczenia, nie łączy się więc z nim wcale, a okoliczność, że po wprowadzeniu rozpuszczonych barwików do ustroju napotyka się czasem komórki zabarwione, tłumaczyć należy w ten sposób, że barwik wniknął drogą dyfuzyi do soku komórkowego *(paraplasma)* a nie do pierwoszcza. Pierwoszcze żyjące przyjmuje natomiast do swego wnętrza barwiki stałe, mające postać drobnych ziarenek. Najlepszym przykładem w tym

względzie jest fakt, że ameby pływające w rozczynie karminu nie barwią się wcale, podczas gdy bardzo łatwo pochłaniają kuleczki indychtu. Wymienionym powyżéj warunkom uczynił najlepiéj zadosyć, jak to Ehrlich się przekonał, błękit alizarynowy, błękit indofenolowy i metylenazur. Nader subtelne zawiesiny tych barwików wprowadzone w odpowiedniéj ilości pod skórę lub do żyły zwierzęcia wywoływały wkrótce zabarwienie błękitne skóry i błon śluzowych a następnie sprowadzały objawy otrucia ze strony ośrodków nerwowych, kończąc się wreszcie śmiercią zwierzęcia. Badając narządy zwierzęcia zdechłego lub zabitego w różnych okresach zatrucia, przekonał się Ehrlich, że niektóre narządy były bezbarwne, inne zaś zabarwiły się niebiesko i dopiero pod wpływem tlenu powietrza odbarwiały się rychléj lub późniéj. Według tego podzielił Ehrlich wszystkie narządy na trzy grupy. Do pierwszéj grupy zaliczył te narządy, które za życia silnie odtleniają błękit alizarynowy (wątroba, istota korowa nerek, płuco, górna część jelit, biała istota ośrodków nerwowych, nerwy obwodowe); do drugiéj grupy należą te narządy, które dopiero po śmierci szybko odtleniają wspomniane barwiki (istota szara ośrodków nerwowych, serce); trzecią grupę stanowią wreszcie te narządy, które bardzo powoli lub téż wcale nie odtleniają błękitu alizarynowego (gruczoły ślinne, trzustka, gruczoły śluzowe, łzowe, sutki). Z tego okazuje się, że narządy wymienione w pierwszéj grupie czują największą potrzebę tlenu.

W dalszym ciągu swych poszukiwań użył Ehrlich błękitu metylenowego do wstrzykiwań już to podskórnych, już téż wprost do żyły zwierzęcia i przekonał się, że barwik ten posiada nadzwyczaj silne powinowactwo do najdelikatniejszych rozgałęzień włókienka osiowego *(Über die Methylenblaureaction der lebenden Nervensubstanz. Deut. med. Wochenschr.* 1886, Nr. 4). Po wstrzyknięciu bowiem wodnego rozczynu błękitu metylenowego do żyły zwierzęcia żyjącego barwią się wkrótce pięknie niebiesko: 1) zakończenia obwodowe nerwów czuciowych, 2) zakończenia nerwu smakowego i węchowego, 3) nerwy mięśni gładkich i serca, 4) w ośrodkach nerwowych uwydatniają się miernie szerokie włókna nerwowe, szczególnie w tak zwanych jądrach rdzenia przedłużonego i gęsta siatka najdelikatniejszych włókienek w korze mózgowéj, 5) w komórkach zwojowych nerwu współczulnego barwi się tylko włókno spiralne, 6) z zakończeń nerwów ruchowych zabarwione bywają czasem tylko zakończenia w mięśniach oka, przepony i krtani, podczas gdy pnie nerwowe nie barwią się nigdy.

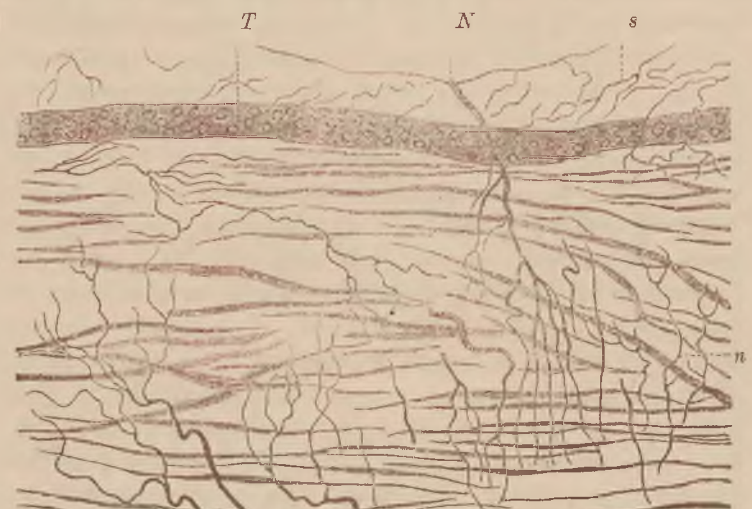
Zachęcony przez prof. Browicza rozpocząłem szereg doświadczeń w tym kierunku, a stwierdziwszy podania Ehrlicha, przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lek. krak., w dniu 17 lutego rb. odbytém, preparaty mikroskopowe zakończeń nerwowych w sercu, języku, pęcherzu moczowym i naczyniach krwionośnych żaby. Pracując daléj na tém polu zrobiłem ciekawe spostrzeżenie, że w pniach nerwowych uwydatniają się czasem niteczki błękitnie zabarwione, których szczegółowém zbadaniem bezzwłocznie się zająłem.

Nim jednak przystąpię do skreślenia wyników tych poszukiwań muszę wprzód opisać dokładniéj metodę badania.

Doświadczenia odnośne wykonywałem na żabach, królikach i świnkach morskich. Do wstrzykiwań używałem 0·5% lub 1% rozczynu wodnego błękitu metylenowego, świeżo sporządzonego i starannie przesączonego. Po podwiązaniu żyły udowéj u żab, a żyły szyjnéj u królików i świnek morskich, nacinałem ostrożnie dośrodkową jéj część i wprowadzałem do jéj wnętrza kaniulkę strzykawki wypełnionéj dokładnie powyższym rozczynem. Wstrzykiwania uskuteczniałem zwolna pod siłą parcia możliwie najniższego. Ilość płynu wstrzykniętego nie przewyższała zwykle $^1/_{13}$ ciężaru zwierzęcia. Ciepłota rozczynu równała się mniéj lub więcéj ciepłocie zwierzęcia do doświadczenia użytego. Skoro tylko wśród wstrzykiwania pojawiały się silniejsze odruchy, przestawałem na chwilę wstrzykiwać, a wstrzykiwania stósowałem w ogólności tak długo, dopóki nie powstało wybitne błękitne zabarwienie tkanki podskórnéj, języka, błon śluzowych itp. Chwila ta następuje u żab po kwadransie lub pół godzinie, u królików zaś i świnek morskich po jednéj lub dwóch godzinach. Stwierdziwszy obecność zabarwienia zakończeń nerwu smakowego lub nerwów czuciowych w pęcherzu itp., wycinałem szybko jakikolwiek pień nerwowy i badałem go pod mikroskopem.

W osłonce pnia nerwowego występują czasem niteczki pięknie niebiesko zabarwione, przebiegające jużto skośnie już téż poprzecznie do kierunku włókien wchodzących w skład pnia. Dokładniejsze badanie przedsięwzięte przy pomocy soczewek immersyjnych pouczyło, że niteczki te błękitne nie są jednolite, lecz składają się z szeregów drobniutkich ziarnek, bardzo blisko obok siebie ułożonych i przedstawiają tu i owdzie ociekliinowate zgrubienia. Dość często napotkać można dzielenie się nitki na dwie cieńsze lub téj saméj grubości, a ostateczne ich zakończenia przedstawiają się czasem w postaci małéj pałeczki.

Najwięcéj przydatne do badań są cienkie pnie nerwowe z przyczyny łatwo pojąć się dającéj. Im cieńszym bowiem jest pień, tém preparat jest więcéj przejrzystym i tém mniéj potrzeba go rozdrabniać. Grube pnie są albo do badań drobnowidowych wprost nieprzydatne z powodu nieprzeźroczystości, albo też w razie dostatecznego rozdrobnienia dają obraz zamazany, głównie z powodu mechanicznego zniszczenia żywotności tkanki wśród preparowania.




Pień nerwowy barwiony chlorkiem złota. *N* nerwiki rozgałęziające się w osłonce pni nerwowych (*nervi nervorum periphericorum*). *n* delikatna siateczka ostatecznych rozgałęzień nerwików. *s* osłonka pnia nerwowego z siateczką nerwików. *P* włókna nerwowe wchodzące w skład pnia nerwowego. *T* naczynie krwionośne, wypełnione ciałkami krwi.

Załączona figura przedstawia przybliżony obraz owych niteczek niebiesko się barwiących a przebiegających w osłonce

pnia nerwowego. Nie jestto wprawdzie wierny obraz, jaki zazwyczaj się napotyka, siatka bowiem jest mniéj wybitną niż to na rycinie przedstawiono. Nadmienić jednak muszę, że obraz ten otrzymanym jest po zastósowaniu innéj metody, którą poniżéj opiszę. Na tle grubych włókien nerwowych *P*, wchodzących w skład pnia nerwu, rysuje się siatka składająca się z włókien *N*, rozgałęziających się na coraz drobniejsze niteczki, dążące w kierunku poprzecznym do pnia nerwowego. Nadto widoczne są tu i owdzie urywki bardzo delikatnych włókienek *n* również rozgałęziających się.

Wśród badania najdotkliwiéj daje się uczuć okoliczność, że preparaty zaczynają się psuć w krótkim czasie, bo po upływie już kilkunastu minut, a mianowie barwa niebieska preparatów blednie, rozlewa się i zaciera, a w końcu gromadzi się na brzegach preparatu w postaci jednolitéj, niebieskawéj obwódki. Niedogodności téj jednak można było czasem zapobiedz przez użycie zgęszczonego wodnego roztworu octanu potasowego, któryto roztwór posiada, jak wiadomo, własność konserwowania przez czas dłuższy tkanek żyjących. (C. d. n.).

## II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

# Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Rzadziéj zdarzają się takie przypadki, jak ostatnie dwa powyżéj podane, utajonego przebiegu zapalenia opon w następstwie cierpień chronicznych, a w szczególności przypadek ostatni, który pod względem patologiczno-anatomicznym należy do rzadkości, gdyż podobnie rozległe wynaczynienie w mózgu zajmujące wszystkie komórki i podstawę mózgu dotąd, o ile literatura mi jest znaną, opisują tylko Rilliez i Barthez. W obydwu naszych przypadkach cierpieniem pierwotném i najgłówniejszém było zapalenie kręgów na tle zołzowo-gruźliczém a w następstwie tegoż powstało zapalenie opony twardéj rdzenia pacierzowego z uciskiem na rdzeń, objawiające się przykurczeniami odnóg dolnych, a w przypadku 3cim także zapalenie opon miękkich rdzenia. Nadto wywołało długotrwałe ropienie połączone prawdopodobnie z gorączką w przypadku 2im zmiany amyloidowe w nerkach, wątrobie i śledzionie a prawdopodobnie i jelicie, z następowemi wysiękami surowiczemi, z których najznaczniejszym i najważniejszym był wysięk opłucnowy po stronie lewéj w skutku ciągłego leżenia choréj na lewym boku, połączony z całkowitém uciśnięciem płuca. Podobne zmiany w klatce piersiowéj nie mogły pozostać obojętnemi dla stosunków krążenia w jamie czaszkowéj, tém mniéj, że odpływ płynu mózgordzeniowego dla zmian w kręgosłupie i oponach rdzenia był utrudniony; przygotowały one zatém grunt do powstania zapalenia opon mózgowych, kończącego cały ten obraz chorobowy. W przypadku 3im rozwinęła się równorzędnie a może i w następstwie zapalenia kręgów gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych a w okresie późniejszym zwyrodnienie tłuszczowe wątroby i mięśnia sercowego i zapalenie miąższowe nerek. I tu znajdujemy liczne zboczenia w klatce piersiowéj, wpływające niekorzystnie na krążenie w jamie czaszkowéj; chociaż z drugiéj strony nasuwa się przypuszczenie, iż zapalenie opon mózgowych było w tym przypadku wywołane prostém posunięciem się sprawy chorobowéj z opon miękkich rdzenia ku górze. Ostatnim aktem było wynaczynienie albo raczéj powiedzieć można krwotok w mózgu, którego przyczyny jednak sekcyja wynaleźć nie zdołała. W każdym razie najprawdopodobniejszą przyczyną było pęknięcie małych tętniaków w mózgu z wylaniem krwi do komórek a następowém spłynięciem téjże na podstawę mózgu i do kanału kręgowego. Objawy, które w obydwu przypadkach zauważyliśmy za życia, były: 1) ból głowy, 2) niespokój i rozdrażnienie, 3) wymioty. Ból głowy wystąpił w przypadku 2im w dni 5 przed śmiercią i wciąż się wzmagał, w przypadku 3im w dni 3 przed śmiercią; niespokój i rozdrażnienie wystąpiło prawie równocześnie, a wymioty wystąpiły w przypadku 2im w 12 godzin przed śmiercią, a w przypadku 3cim tylko w kilka godzin przed zgonem. Nadto pojawił się w przypadku 2im lekki niedowład nerwu twarzowego równocześnie z bólem głowy, a w przypadku 3im śpiączka i zgrzytanie zębami 2 dni przed śmiercią. Pominąwszy już tę okoliczność, że nawet u dzieci poprzednio zupełnie zdrowych i nieokazujących licznych zboczeń chronicznych w rozmaitych narządach, nie możnaby na podstawie powyższych przypadów, w obec zupełnego braku jakichkolwiek zboczeń w dziedzinie ruchowéj rozpoznać zapalenie opon mózgowych, lecz możnaby zaledwo podejrzywać, że w jamie czaszkowéj zaszły jakieś zaburzenia, to w przypadkach naszych tém mniéj można było rozpoznać zapalenie opon, gdyż wszystkie zauważone objawy znalazły wytłumaczenie swe w obecności chorób, które poprzednio rozpoznano. I tak można było ból głowy, niepokój i wymioty łatwo bardzo odnieść do istniejącego zapalenia nerek z następowemi wysiękami, przypuszczać możliwość mocznicy, zresztą tłumaczyć sobie rozdrażnienie i ból głowy pogorszeniem sprawy chorobowéj w kręgach, nowém zadrażnieniem rdzenia pacierzowego itp. Jedynie tylko prawie zupełnie niespodziane nagłe zejście śmiertelne w obydwu przypadkach i utrata przytomności równocześnie z wymiotami w 3im przypadku wznieciły podejrzenie, że przy sekcyi znajdziemy także jakiejś zmiany w jamie czaszkowéj, a w obec próchnienia kręgów, wyniszczenia ogólnego w obydwu a wyraźnéj gruźlicy w przypadku 3cim prędzéj przypuszczaliśmy możliwość zapalenia opon gruźliczego.

### *H.* Wodogłowie ostre czyli zapalenie splotów naczyniowych w komórkach

cechuje się rozwijaniem choroby w początku powolném, czém się różni od zapalenia opon półkul, w którém albo nie ma zgoła okresu zwiastunów, albo téż są objawy podrażnienia, przeważnie z sfery czuciowéj, rozpoczynający się od utraty humoru i łaknienia, zmienności w usposobieniu, u starszych dzieci od przygnębienia, snu przerywanego, wkrótce potém od przypadów gastrycznych, wreszcie od objawów mózgowych, szczególniéj w początkach tyczących się oczu, zatém od wysadzenia gałek, zezu, nystagmus, zwężenia źrenic a wreszcie od drgawek. Już teraz różni się obraz zapalenia splotów od zapalenia opon na podstawie tém, że objawy powyżéj wyliczone szybko już po sobie następują, najwybitniéj zaś tém, iż w zapaleniu opon na podstawie przychodzi jeszcze do okresu 3go choroby, t. j. do okresu depresyi i porażeń, gdy w obec wodogłowia do okresu tego nie przychodzi, lecz dzieci giną wśród drgawek. Przytém są drgawki zazwyczaj silne, ogólne, symetryczne, a ataki powtarzają się bardzo często w ciągu dnia. U dzieci młodych, u których ciemię nie jest zarośniętém widać zwiększające się w oczach

napięcie ciemienia i wypełnienie żył czaszkowych. Ważną wreszcie w rozpoznaniu rolę odgrywa stan ogólny chorych, t. j. zboczenia w odżywieniu i ewentualnie współcześnie przebiegające choroby narządów innych, albo też choroby poprzedzające wystąpienie wodogłowia. Pod względem częstości, to z wszystkich postaci zwyczajnego zapalenia opon, jak już dawniéj powiedzieliśmy, zajmuje wodogłowie ostre pierwsze miejsce a zwłaszcza u dzieci nieco starszych; przypadków, któreśmy zauważyli było 7, a z tych 3 razy u chłopców a 4 razy u dziewcząt. Wiek przedstawiał się jak następuje: 1 dziecko liczyło 8 miesięcy; jedno $1^1/_2$ lat; jedno 3 lat; 1 dziecko liczyło 4 lat; jedno 5 lat; dwoje dzieci liczyło 8 lat. Z dzieci tych zmarło 6ro, jedno wyszło bez polepszenia; dwoje przywieziono do szpitala w okresie konania. Zboczenia w odżywieniu krzywicze okazywało dwoje. Z chorób współcześnie przebiegających lub poprzedzających zauważyliśmy: w jednym przypadku *Gastritis acuta;* w 1ym *Enteritis follicularis;* w 1ym przypadku *Enterocatarrhus acut.*; w 1ym *Enterocatarrhus acut.* i *Pleuropneumonia;* w 1ym *Variola;* w 1ym *Scarlatina c. Angina diphtheritica sbs. pneumonia* i początki zap. nerek; w 1ym przypadku nie było żadnych innych chorób. Czas trwania choroby średnio był bardzo krótki, i tak trwały objawy w przypadku 1szym dni 2, czas obserwacyi szpitalnéj dni 23; w 2gim dni ?, czas obserwacyi szpitalnéj dni $2^1/_2$; w przypadku 3cim dni 2, czas obserwacyi szpitalnéj dni 38; w przypadku 4ym dni ?, czas obserwacyi szpitalnéj dni 1; w przypadku 5ym dni 15?, czas obserwacyi szpitalnéj dni 15; w przypadku 6ym dni 6, czas obserwacyi szpitalnéj dni 1; w przypadku 7ym dni 26, czas obserwacyi szpitalnéj dni 18. W przypadku 2gim i 4ym oddano dzieci do szpitala z chorobą w pełni rozwoju, bez podania dat anamnestycznych, w przypadku 5ym w samym początku choroby, lecz również bez podania czasu wystąpienia pierwszych objawów, w 7ym nareszcie przypadku, który przeszedł w stan chroniczny, podawali rodzice, iż choroba rozwinęła się na 8 dni tylko przed oddaniem dziecka do szpitala, czemu jednakowoż w zupełności wierzyć nie można, gdyż Żydzi podają często umyślnie krótszy czas trwania choroby, w mniemaniu, iż lekarz prędzéj pospieszy się z wyleczeniem przypadku świeższego aniżeli przypadku zaniedbanego. Z powyższych przypadków tylko w 3ch były objawy za życia wyraźne, tak że niewątpliwie rozpoznać można było wodogłowie ostre, w 1ym przypadku wahało się rozpoznanie między *hydrocephaloid* czyli niedokrewnością mózgu a wodogłowiem, w 1ym między mocznicą a wodogłowiem ostrém, w 1ym nie rozpoznano żadnéj zmiany w oponach mózgowych lecz tylko okres wybuchu ospy, gdy w 1ym o tyle rozpoznanie nie mogło być ścisłém, że chory przybył do szpitala już po przebyciu okresu najważniejszego, i że chorobie nie uległ, lecz opuścił zakład bez polepszenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## III. Oceny i sprawozdania.

### Dr. Erlenmayer. O kokainicy.

Przepowiednia Wallego nie sprawdziła się, bo już w krótkim czasie niespełna 2 lat w skutek nadużycia kokainu mamy cały zastęp nałogowych kokainistów. Dr. E. obserwował 13 przypadków, z pośród których było 5 lekarzy, 2 żony lekarzy, 3 oficerów i po jednym literacie, obywatelu ziemskim i urzędniku i na podstawie tych obserwacyj skreśla powstawanie i przebieg kokainicy. Rozróżnia on 2 formy: 1) w któréj tylko kokain bywa używany, 2) w któréj jednocześnie z morfinem i kokainu używano. Jak jedna tak i druga forma tylko morfinowi swój początek zawdzięcza. Zwykle morfinista za pomocą kokainu usiłuje się odzwyczaić od morfinu, jednak w bardzo rzadkich przypadkach to się udaje, w przeważnéj zaś większości przypadków morfinista obok morfinu przyzwyczaja się i do wstrzykiwań kokainowych. Nawet jeżeli mu się uda odzwyczaić od morfinu, to i tak popada w drugą biedę, bo przyzwyczaił się już do kokainu. Jak w tym tak i w drugim przypadku kokain działa orzeźwiająco, wzmacniająco i sprawia pewne uczucie zdrowia i krzepkości. Działanie to jednak jest krótkotrwałe i dla tego po jedném wstrzyknięciu następuje drugie, trzecie itd., przyczém pojedyncze dawki bywają coraz większe. Nareszcie chory postanawia odzwyczaić się od kokainu i to jednak mu tak łatwo nie przychodzi. Po usunięciu kokainu brak jego daje się uczuć choremu, bez niego nie może pracować i zwykłym swym zajęciom się oddawać, wraca więc znowu do kokainu i staje się naturalnie kokainistą. Dłuższe używanie kokainu nadzwyczaj szybko wyniszcza organizm, tak że chory w końcu wraca do morfinu i tym sposobem staje się morfinistą, używając nieraz jeszcze przytém makowca i wodnika chloralu.

Wstrzykiwanie kokainu sprowadza w miejscu wkłócia twarde guzy wielkości orzecha, które zwykle po miesiącach dopiero giną. Kokain poraża system naczyniowy, przyczém ilość tętna zwiększa się, napięcie w tętnicach słabnie; daléj kokain sprawia zaburzenia w wydzielaniu potu i w oddechaniu, a dość często nawet prowadzi do omdlewań. Chorzy śród używania kokainu spadają z ciała i to w przeciągu kilku tygodni o 20—30%, chociaż nie jedzą mniéj i nie cierpią na nieżyt przewodu pokarmowego. Wyglądają też bardzo źle, skóra ich blada, oczy zapadłe, a mięśnie wiotkie. U jednego z chorych Dr. E. obserwował nagłe zniknięcie popędu płciowego po pierwszych wstrzyknięciach kokainu.

Przejściem do ważniejszych zmian jest bezsenność, jako skutek wstrzykiwań kokainowych. Najczęściéj też bezsenność zmusza chorych do używania znowu morfinu z dodatkiem nieraz chloralu. W późniejszych okresach kokainicy chorzy cierpią na zboczenia umysłowe, halucynacyje wzroku a jako najwyższy stopień podaje Dr. E. obłąd prześladowczy na tle halucynacyj. Nadto rozwija się osłabienie pamięci, tępota i inne choroby umysłowe. Jeden jeszcze objaw podaje Dr. E., że chorzy tacy skłonni są bardzo do rozległéj korespondencyi, do długich rozmów, pełni są wtedy rozmaitych dzikich pomysłów, nigdy zajęcia swego nie mogą skończyć, bo zawsze pozostaje im coś do zapisania lub powiedzenia, a choć cały dzień pracują, nie widać jednak rezultatów téj pracy. Chorzy tacy ciągle się powtarzają i zapominają. Rozmowa z nimi jest prawie niemożliwa, tak wszystko umieją gmatwać i plątać nie mogąc znaleźć końca rozmowie. Jeden z takich chorych, lekarz, pisywał arkuszowe listy do swoich pacyjentów, rozmaitych żądając rzeczy, a z pacyjentami swymi w domu nie mógł trafić do ładu. Objawy powstające po usunięciu kokainu nie są gwałtowne, ale za to różnorodne. Dr. E. obserwował tylko przypadki mięszane, gdzie obok kokainu i morfin był używany. Odzwyczajenie się miało miejsce w trojaki sposób: 1) Albo nagłe usunięcie kokainu z pozostaniem przy tychże samych dawkach morfinu. 2) Raptowne usunięcie kokainu przy powolném zmniejszaniu dawki morfinu. 3) Jednoczesne zmniejszanie kokainu i morfinu. Z objawów występujących śród zaprzestawania kokainu w pierwszéj linii stoją objawy naczynioruchowe, jako to bicie, słabe uderzenie serca, duszność

wreszcie omdlenie. Stoją one w prostym stosunku do dawki usuniętéj i do szybkości, z jaką kuracyję tę przeprowadzamy. Że omdlewania są tylko wywołane kokainem a nie jestto zapad w skutek usunięcia morfinu, na to mamy dowód ten, że omdlewania zdarzają się i w w tych razach, gdzie morfinu nie usuwamy i gdzie np. dzienna dawka morfinu wynosi 0,5 grm. Dalszym objawem po usunięciu kokainu jest przygnębienie umysłowe i osłabienie woli. Chorzy tacy płaczą, krzyczą, narzekają, domagają się koniecznie wstrzyknięcia kokainu i wyglądają go jako zbawienia. Stan taki trwa dość długo i tém się właśnie różni od stanu u morfinistów po usunięciu morfinu. Rokowanie w morfiokokainicy jest daleko gorsze niż w zwykłéj morfinicy. Kto chce dojść do dodatnich rezultatów, ten powinien chorych wysełać do zamkniętego zakładu na 4—6 miesięcy, gdzie można powoli usuwać kokain. Dr. E. przestrzega w końcu przed optymizmem w zapatrywaniu się na działanie i skutki kokainu i radzi bardzo ostrożnie z nim postępować. (*Wien. Med. Presse* 1886 Nr. 28).

*Dr. J. Surzycki.*

Dr. F. T. Pain w Taxis. **Salix Nigra (Aments) nowy lek kojący w obec wygórowanego popędu płciowego, samogwałtu, nasieniotoku i chorób jajników.**

Autor podaje doświadczenia czynione od roku 1880 w przypadkach odpowiednich, stosując dziennie 3—4 razy po 5gr. leku wspomnionego w wyciągu płynnym. Wynik zawsze okazał się rychłym i pewnym. Między chorymi leczył mężczyznę, który twierdził stanowczo, iż nigdy niezaspokoił popędu płciowego, pomimo iż 5—6 razy spółkował w jednéj nocy. Chory znacznie wynędzniały używał leku 3 razy dziennie przez 10 dni, późniéj oświadczył, iż zaledwie raz w tygodniu poczuwa pociąg płciowy. Onaniści uspokoili się zupełnie w krótkim czasie odzyskawszy siłę i zdrowie. W przypadkach przeczulicy jajników lek ten dał świetne wyniki. Pewna niewiasta używając leku przez 10 dni wysłowiła się: *If a woman takes that medicine, she dont care if there is no man in the world.* Również skutkował środek w dolegliwém miesiączkowaniu, czyszczenia bowiem po użyciu leku miały łagodny przebieg bez przerwy. (*Virginia Medical monthy*, grudzień, 1885). *Dr. Reiss* w Dukli.

Michael: **O znaczeniu zapadniętego jelita w operacyjach uwięźnięcia tegoż wewnętrznego.**

Panuje powszechne przekonanie, że w uwięźnięciach wewnętrznych jelita powyżéj miejsca zatkania są rozszerzone, poniżéj zaś zapadłe. Z tego faktu robiono użytek praktyczny a w przypadkach wątpliwych co do miejsca uwięźnięcia wyszukiwano część jelita zapadłą i za niém jako wskazówką postępowano do miejsca obrażenia. Dr. M. z Baltimore ogłosił niedawno uwagi w *Medical News* z 29 maja wykazując, że i od téj reguły istnieją wyjątki. Przytacza 2 przypadki: W 1szym po otwarciu jamy brzusznéj najpierw wpadło w oko zapadnięte jelito cienkie; następnie napotkał kiszkę poprzeczną tak rozdętą, że pokład otrzewnowy pękł w kilku miejscach a miejscem zatkania było zwężenie zgięcia esowego. W 2gim przypadku spostrzeżono najpierw pętlę zapadniętego jelita a następnie znaleziono rozszerzoną kiszkę ślepą i zgięcie esowate ponad zwężeniem w prostnicy. Autor nie podaje wyjaśninnia tego zjawiska. Sąto wyjątki od prawidła i jako takie warto o nich wspomnieć. (*The Lancet* 19/6 1886 r.). *Dr. Barącz.*

## IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

V.

Jeduém z najbardziéj interesujących studyjów ludności wschodniéj jest bez zaprzeczenia zapoznanie się z jéj zwyczajami. Cytowanie jednak całych ich szeregów przeszłoby znacznie zakres mego obecnego opowiadania. Ograniczam się więc tylko do podania tych, które mogą stanowić przedmiot szkiców sanitarnych. Na Wschodzie perskim tak jak wszędzie ogół zwyczajów należy podzielić: na uświęcone tradycyją i jako takie ściśle przestrzegane przez wszystkie klasy, na powstałe pod wpływem ślepego fanatyzmu, i na zwyczaje, które przeniknęły do Persyi w następstwie zetknięcia się z Zachodem, a zatém w skutek pewnego rodzaju postępu naszéj cywilizacyi w tych krajach. Ostatni ten dział zajmie nas przedewszystkiém i jednocześnie pozwoli mi ugrupować niektóre ze zwyczajów utrzymujących się siłą czysto miejscowych warunków.

Poznanie danych klimatycznych higijeny mieszkań i wpływu, jaki wywierają na zdrowie mieszkańców, prowadzi nas wprost do wykazania, jakie są jeszcze inne przyczyny oddziaływające mniéj lub więcéj szkodliwie na ustrój jednostek. Pierwsze miejsce wypada tu poświęcić kuchni perskiéj. Jakość i ilość pokarmów, sposób ich przygotowania i pora żywienia się, są tu nieco odmienne od podobnych zwyczajów praktykowanych u innych ludów Wschodu. Pers lubi dobrze zastawiony stół czyli właściwie podłogę służącą mu za takowy. To téż i jego kuchnia nie będąc wyborną jest jednak lepszą od tureckiéj, a zdrowszą i pożywniejszą od indyjskiéj. Dotyczy to jednak potraw przygotowanych w domu, podczas gdy kuchnia publiczna, tak zwana bazarowa, choć zupełnie zadowala strusi żołądek prostaka, to jednak wcale nie odpowiada wymaganiom higijeny. W ilości zaś dań, jakie wchodzą w skład śniadań i obiadów perskich, pierwsze miejsce zajmują suche owoce (mianowicie morele, brzoskwinie i odmiana śliwek zwanych tu „Ali-buharra“) świeże jarzyny i ryż. Wyborne gatunki tego ostatniego czynią, że „pilaff“ stanowiący jedno z niezbędnych dań, jest tu zawsze pulchnym i smacznym. Mięsa używa się stosunkowo mało; tłuszcz barani wcale nie figuruje w spiżarni perskiéj; lecz za to najprzedniejszego gatunku masła już to solone, lub tylko świeżo ubite („Righane“), do tego bardzo niskie ich ceny i znaczna obfitość pozwalają na przesadne zwykle omaszczanie każdéj potrawy. — Mięso bywa zwykle przygotowywane z jarzyną lub owocami, niekiedy tylko siekane służy do przygotowania smacznego „Szach-kebabu“, nigdy zaś nie podają go jako pieczyste. Ze wszystkich znanych tu gatunków jarzyn jeden tylko owoc z Hybiscus esculentus (Bamia) tak powszechnie ceniony na Wschodzie, przez Persów nie jest używany, jako okryty zabawną klątwą rzuconą nań przez jakiegoś wygłodniałego prawdopodobnie purytanina szeickiego. Ryż figuruje zwykle w dwóch daniach. Jedno przygotowane z masłem i jadane bez żadnych dodatków; drugie bez masła z dodaniem proszku „Kurkumy“ zwykle domięszywają do jarzyn lub popijają rosołem („Awguszt“). Rozmaitego rodzaju zakwaszone jarzyny, konfitury z tykwy, limonijada, mleko zakwaszone lub maślanka, figurują stale przy każdorazowém braniu posiłku. Sok winogronowy, przygotowany we właściwy sposób, zastępuje napoje

wyskokowe, których prawy Pers święcie powinien unikać, mianowicie w przytomności obcego gościa.

Sam zaś zwyczaj i sposób jadania jest tu zupełnie odmiennym od tego, jaki znajdujemy u innych ludów Wschodu. Rano lekki posiłek złożony z podpłomyków i konfitur. Śniadanie zwykle podaje się o godzinie 11téj rano, obiad zaś stanowiący razem i kolacyję o 10téj wieczorem. Przedział między jednym i drugim posiłkiem do 2giéj po południu wypełniają spijaniem herbaty. Po południu, stósownie do pory roku, posilanie się pewną ilością owoców lub słodką sałatą i wreszcie znowu picie herbaty trwa bez przerwy aż do chwili podania kolacyi. W tym codziennym porządku nic oryginalniejszego nad sam sposób ustawiania dań i zwyczaj a właściwie pozycyja zachowywana przy jedzeniu. Podłoga, jak już powiedziałem, służy za stół. Zwykle zasłana dywanem, w chwili jedzenia przykrywa się wyłącznie na to przygotowaną serwetą, najczęściéj zamszową, okrytą pięknym haftem, lub téż zastąpioną nieco zużytym szalem lub tylko rogóżką. Po bokach i w kątach rozkładają się prawdziwie łokciowe podpłomyki, noszące tu nazwę chleba („Nau aziz“), a na nich tace z daniami obliczonemi na dwie a najwięcéj na trzy osoby. — W środku zasiada „aw-dar“, którego obowiązkiem jest wypełnianie mlekiem lub limonijadą małych czasz do picia. Do tak zastawionego śniadania czy obiadu zasiada się rzędami, przyklękając na kolana i podając górną część tułowia po nad tacę. W tak zgiętéj pozycyi Pers zaspakaja zwykłą potrzebę żołądka i biorąc na raz pewną ilość z każdéj potrawy, układa ją na podpłomyk, miesza wszystko razem, i zjada z nadzwyczajnym pośpiechem, zamiast łyżki posługując się li tylko prawą ręką. Nie więcéj nad dziesięć minut wystarcza zwykle do zadowolenia się pokarmem, poczém każdy powraca na swe stanowisko przy ścianie i trawi, delektując się dymami „Kajlanu“. O ile pozycyja zachowywana przy jadaniu jest nieodpowiednią nie mam potrzeby dodawać. Zgięcie tułowia nadawane górnéj części ustroju, ucisk przepony, żołądka i wątroby, wreszcie nadzwyczaj prędkie przełykanie kęsów pokarmowych, tłumaczą ową niezwykłą częstość cierpień narządu trawienia, jakie spotykamy w wyższym lub niższym stopniu u każdego prawie Persa. Jako jednę z przyczyn podobnych stanów, dodać jeszcze można i zwyczaj nadmiernego opijania się herbatą, zwykle bardzo osłodzoną i podawaną często, choć tylko w bardzo małych szklaneczkach zwanych „piale“. Tutaj nie tylko już wprowadzenie znacznéj ilości płynu do żołądka, ale jeszcze jakość i gatunek liści herbaty używanych do przygotowania naparu, bywa przyczyną częstych dolegliwości, na które Pers przy każdéj sposobności zwykł się bardzo uskarżać. — Opijając się herbatą powiadają, czujemy, że szkodzimy ustrojowi, lecz to nałóg, który wykorzenić lub tylko zaniechać jest rzeczą niepodobną, a nawet poniżającą w obec ogólnie przyjętego zwyczaju. Gdyby jeszcze okazując podobną uległość starano się przynajmniéj o posiadanie niezgorszych choćby tylko gatunków herbaty, zwyczaj nadmiernego jéj używania stałby się może znośniejszy w swych skutkach. Lecz rzecz ta ma się tu zupełnie przeciwnie. Bo tylko u zamożniejszych tutejszych Khanów można się spodziewać, że podany na ugoszczenie napój będzie w istocie herbatą, podczas gdy ogół pozostający w domu używa liści, które były już poddane jednorazowemu naparowi, poczém wysuszone i zapakowane w blaszane pudełka, oczywiście z odpowiednią etykietą, są przedmiotem korzystnego handlu, jaki Rosyja prowadzi z Persyją. Na czas zaś podróży praktyczny Pers zaopatruje się w zasób herbaty, przygotowanéj w wyłączny sposób. Oto pewna jéj ilość zwilżona najprzód naparem cynamonowym miesza się z cukrem trzcinowym, aż do utworzenia miękkiéj masy. Po jéj podeschnięciu dodaje się pewna ilość ziarn „sumaku“ (Rhus cotylus), znowu się miesza i następnie poddaje tłoczeniu w drewnianym moździerzu. Po dokładném ugnieceniu cała tak przygotowana mięszanina suszy się na blaszanych płatach, poczém dzieli się na tabliczki, dające się łatwo zapakować. W razie potrzeby wrząca woda przygotowana w miedzianym imbryku lub najczęściéj samowarze (nieodstępnych towarzyszy każdego podróżującego Persa) wystarcza do rozpuszczenia pewnéj ilości wspomnianéj mięszaniny zawierającéj wszystko, czém Pers zwykł zadawalać swe podniebienie, słodycz, kwaskowatość, aromat podniecony cynamonem, a wreszcie i samą nawet herbatą. Tabliczki podobne tytułują się „czajem“ i płyn z nich przygotowany jest ciemno brunatny, mdły, w niczém nienaśladujący herbaty, lecz podług zapewnienia pijących, orzeźwiający a nawet pożywny, zatém odpowiadający potrzebom podróżnego. To téż, pomijając już tutejsze „czajhane,“ gdzie przesiadują bezczynni i włóczędzy, ciężką atmosferę ciasnych przestrzeni pogarszając jeszcze dymem z nieodstępnych „Kalyan,“ w każdym najmniéj zamożnym domu znajdziemy przyrząd do herbaty i pudełeczko z tabliczkami powyżéj opisanéj mięszaniny. Wszędzie téż łatwiéj z nią się spotkać i spróbować jéj smaku, aniżeli dostać czegoś bardziéj pożywniejszego.

Jeżeli nadmierne używanie tego rodzaju herbaty obciąża i sprowadza nieżyty żołądka, spodziewałem się, że zmyślni Persowie dla polepszenia sprawy trawienia zwrócą się do innego naparu, któremu przynajmniéj na Wschodzie ogólnie przypisują własności sprzyjania téj fizyjologicznéj czynności. Taką jest kawa. Przekonałem się jednak, że kawa w Persyi nie cieszy się takiém powodzeniem jak w Turcyi. Przeciwnie przesąd narzucony wpływem duchownych uważa ją za coś wstrętnego i ograniczając podawanie kawy tylko do dni zaznaczonych w życiu przykrém wspomnieniem, pozwala używać jéj przy pogrzebach lub innych domowych stratach. Rzadko też u kogo da się odszukać choćby szczypta kawy. Ogół jéj nie używa. Zamożniejsi zaś jeżeli posiadają pewien jéj zasób, to zachowują go na pewne wyłączne okoliczności, jak np. przybycie gościa cudzoziemca, lub w celu pozbycia się kogoś z sobie nieprzyjaznych, częstując go kawą, wtedy naumyślnie przygotowaną i zawierającą stosownie do celu pewną, ilość pewną dawkę zwykle gwałtownie działającego środka! (C. d. n.).

## V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* Zakład krajowy w Kulparkowie mający łóżek 500, w r. 1885 wykazuje najwyższy stan chorych 491 o 164,320 dniach leczenia; z r. 1884 pozostało chorych 426, przyjęto w r. 1885 chorych 591, a więc wszystkich leczono 1017; z nich opuściło zakład wyleczonych 191, nieuleczonych 137, na żądanie rodziny wydalono 86, do innych zakładów przewieziono 8, zbiegło 4, umarło 126, razem 552.

* VII Wiec Związku lekarzy austryjackich odbędzie się, jak już wspomnieliśmy, w Insbruku w d. 6—8 września rb. Na porządku dziennym będzie: 1) Sprawozdanie względem utworzenia Izb lekarskich; 2) sprawozdanie względem zaprowadzenia szczepienia obowiązkowego; 3) względem obowiązkowéj służby szpitalnéj przed rozpoczęciem praktyki lekarskiéj; 4) organizacyi stanu lekarskiego według zasad samopomocy; 5) względem kas dla chorych należących do stowarzyszeń.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 lipca

umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z płonicy umarło 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). W tygodniu od 27 czerwca do 3 lipca umarło z ospy: w Wiedniu 3, w Warszawie 1, w Budapeszcie 6, w Pradze 1, w Rzymie 6, w Zurychu 2, w Paryżu 4, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Londynie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 9. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 12. Z odry umarło w Berlinie 26, w Wiedniu i Pradze po 15, w Paryżu 31, w Londynie 42, w Petersburgu 26. Z płonicy umarło w Budapeszcie 12, w Paryżu 17, w Petersburgu 20. Z błonicy i dławca umarło w Warszawie 10, w Berlinie 15, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 17, w Paryżu 21, w Londynie 23. Z krztuśca umarło: w Paryżu 14, w Londynie 34.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 czerwca do 3 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,2; we Lwowie 36,2; w Brodach 30,6; w Drohobyczu 71,6; w Kołomyi 28,6; w Przemyślu 29,4; w Stanisławowie 35,7; w Tarnopolu 20,2; w Tarnowie 18,4; w Czerniowcach 30,6; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 38,1; w Opawie 19,0; w Ołomuńcu 38,4; w Wiedniu 27,2; w Salcburgu 25,5; w Gracu 29,6; w Tryjeście 35,2; w Insbruku 30,8; w Pradze 37,0; w Berlinie 28,2; we Wrocławiu 29,9; w Gdańsku 24,5; w Dreźnie 26,1; w Hamburgu 27,5; w Kolonii 21,6; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 27,4; w Bazylei 16,9; w Brukseli 26,8; w Budapeszcie 35,1; w Chrystyjanii 19,1; w Genewie 16,6; w Kopenhadze 20,9; w Londynie 15,8; w Paryżu 22,5; w Petersburgu 32,3; w Rzymie 22.7; w Stokholmie 17,3; w Wenecyi 25,8; w Zurychu 18,4. *J. B.*

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 lipca. Otrzymaliśmy pierwszy zeszyt *Wiadomości Lekarskich*, czasopisma miesięcznego, poświęconego wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiéj, redagowanego i wydawanego przez Dra Wiktora we Lwowie. Oprócz artykułów oryginalnych, wyliczonych na właściwém miejscu niniejszego Nru zeszyt ten zawiera wyciągi z pism lekarskich, kronikę, korespondencyję i ogłoszenia. Format ósemkowy, papier i druk prezentują się wcale dobrze. W przedmowie redakcyja oświadcza, że nie ogłasza żadnego programu, bo z treści i układu łatwo wysnuć kierunek i zakres jéj działania. Jakkolwiek z jednego zeszytu kierunku tego i zakresu dokładnie jeszcze poznać nie można, witamy nowo to powstałe czasopismo lekarskie z koleżeńską życzliwością, w interesie medycyny polskiéj pragnąc, aby prosperowało i doczekało się długiego żywota.

[illegible] czeskich było dotąd gości 4259, w Gainfarn 848, w Giesshüblu 255, w Szczawnicy 1758.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** W miejsce Breiskiego Wydział lek. niemiecki ma proponować terno, a mianowicie: Bandla w Wiedniu, Schautę w Insbruku i Welponera w Tryjeście. — **Berno szwajcarskie.** Rektorem na rok przyszły wybrany okulista prof. Pflüger, a dziekanem Wydz. lek. prof. Kronecker. — **Genewa.** Prof. embryjologii Fol prosił o dymisyję i takową otrzymał. — **Giessen.** Dr. Fuhr habilitował się jako docent chirurgii. — **Monachijum.** Prof. Bollinger odzyskawszy zdrowie podjął znów swoje czynności. — **Tübinga.** Docent anatomii patolog. Dr. Nauwerck mianowany został profesorem nadzw. — **Moskwa.** Dr. Krjukow habilitował się jako docent okulistyki. — **Kazań.** Dziekanem wydziału lek. obrany został prof. chemii lek. Dr. Szczerbakow.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Kazimierz Pomian Kruszyński z Janówki w Ukrainie, Henryk Sokołowski z Tarnowa, Maryjan Bujalski z Witowic w Król. Polskiém, Tadeusz Wład. Jakubowski z Tarnowa, Waleryjan Momidłowski z Radłowa, Kaźmierz Sobolewski z Osieczan, Gwido Wyspiański z Brzeżan i Jan Kudas ze Stryja w Galicyi.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 29: Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Heringa: O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy t. zw. suchotach krtani napotykanych (dok.); Guranowskiego: Odpowiedź Drowi Heimanowi na artykuł p. t.: „Kilka słów z powodu artykułu Dra G. p. t. Przypadek szankra w uchu średniém; Bujwida: Kilka dalszych uwag o metodzie Pasteura. — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 1: Adamkiewicza: O budowie ciała i jądra zwojowego; Fingera: Ogólna terapija kiły; Schattauera: O dwóch laparotomijach z powodu wgłobienia jelit. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Z. II: Zaleskiego: Poszukiwania nad wątrobą; Mikulicza: Operacyja leczenia otoku ropnego w jamie Highmora; Berlinerblaua: Nowa synteza muskaryny: Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu kliniczném podwyższenia ciepłoty w gorączce (c. d.); Bielińskiego: Doktorowie medycyny promowani w Wilnie; Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu r. 1883 (c. d.).

**Redakcyja** otrzymała.

Dr. J. ROGOWICZ: O ciąży szyi macicznéj. (Odbitka z „Pamiętnika Tow. lek. warsz.“) Warszawa 1886, in 8vo str. 22.

**Sprostowanie.** W Nrze 29, str. 403, szp. I, wiersz 10ty od dołu zam. wymacania, winno być „wyrzucenia“.

**Do Nru dzisiejszego dołącza się tablicę do rozprawy prof. Cybulskiego.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Doświadczenie IV.

Pies. — Tracheotomii dokonano przed rozpoczęciem doświadczenia, również odsłoniono nerwy błędne. — Odległość kaniulki wstawionéj do tętnicy udowéj od podstawy serca 40 cm., tętnicy dogłowowéj 22 cm. Badanie z początku w udowéj, potém w dogłowowéj i znowu udowéj.

40 cm. = 30 mm. rtęci
22 „ = 17 „ „
62 „ = 47 „ „

| Pozycyje | Parcie określone | Parcie obliczone | Różnica | Maximum | Minimum | Puls | Oddechanie | Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą | W któréj sek. maxim. zmiany | Parcie obliczone w t. dogłowowéj lub udowéj |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *A)* | Tet. udów. | | | | | | | | | Dogłowowa |
| Poziomo | 142 | | | 175 | 94 | 14 | 7 | | | 142 |
| Gł. w dół w pierwszéj chwili | 142 | 112 | + 30 | 154 | 122 | 12 | | $1\frac{3}{4}$ | 1 | 189 |
| po $1\frac{1}{2}'$ | 104 | 112 | —8 | 142 | 157 | 12 | 9 | | | 151 |
| Gł. do góry | 174 | 164 | + 10 | 199 | 164 | 30 | 3 | 2 | 4 | 127 |
| po 1′ | 176 | 164 | + 12 | 208 | 140 | 21 | 3 | | | 129 |
| Gł. w dół | 118 | 116 | + 2 | 154 | 60 | 15 | 7 | | | 165 |
| Gł. do góry | 180 | 178 | + 2 | 210 | 154 | 25 | 2 | | | 133 |
| Poziomo | 172 | | | | | | | | | 172 |
| *B)* | Dogłowowa | | | | | | | | | Udow. |
| Poziomo | 176 | | | 182 | 130 | 34 | 8 | | | 176 |
| Gł. w dół | 186 | 197 | —11 | 212 | 162 | 23 | 3 | $1\frac{1}{2}$ | 1 | 139 |
| Gł. do góry | 158 | 152 | + 6 | 185 | 79 | | | 1 | $3\frac{1}{2}$ | 205 |
| po 1′ | 130 | 152 | —22 | 138 | 110 | 27 | 3 | | | 177 |
| Gł. w dół | 196 | 164 | + 32 | 240 | 160 | 18 | 4 | $1\frac{1}{2}$ | $4\frac{1}{2}$ | 149 |
| po $\frac{1}{2}'$ | 170 | 164 | — 6 | 192 | 152 | 20 | 3 | | | 123 |
| Gł. do góry | 148 | 136 | + 12 | 190 | 120 | 31 | 3 | $1\frac{1}{2}$ | 5 | 195 |
| Gł. w dół | 186 | 192 | + 24 | 232 | 104 | 14 | 3 | 1 | 4 | 139 |
| po $\frac{1}{2}'$ | 180 | 192 | + 18 | 190 | 160 | 20 | 2 | | | 133 |
| Poziomo | 156 | 163 | —7 | 186 | 124 | 18 | 2 | | | 156 |
| Przecięcie nerwów błędnych. | | | | | | | | | | |
| Poziomo | 198 | | | 206 | 192 | | | | | 198 |
| po 1′ | 206 | | | 212 | 196 | | | | | 206 |
| Gł. w dół | 212 | 224 | —12 | 226 | 200 | | | 2 | 2 | 161 |
| Gł. do góry | 132 | 178 | —46 | 168 | 108 | | | $1\frac{1}{2}$ | $2\frac{1}{2}$ | 177 |
| Poziomo | 142 | 148 | —6 | 190 | | | | 1 | 5 | 142 |
| Gł. do góry | 130 | 126 | + 4 | 176 | 108 | | | 1 | 7 | 175 |
| Pies silnie się niepokoi. | | | | | | | | | | |
| Gł. do góry po 1′ | 156 | 126 | + 30 | 180 | 106 | | | | | 201 |
| Gł. w dół | 208 | 188 | + 20 | 244 | 170 | | | $1\frac{1}{2}$ | $5\frac{1}{2}$ | 163 |
| po 1′ | 218 | 188 | + 30 | 256 | 184 | | | | | 173 |
| Gł. do góry | 178 | 186 | —8 | 240 | 106 | | | $1\frac{1}{2}$ | 2 | 223 |
| Poziomo | 224 | | | 252 | 190 | | | | | 224 |
| *C)* | Udowa | | | | | | | | | Dogłowowa |
| Poziomo | 150 | | | 160 | 140 | | | | | 150 |
| Gł. w dół | 134 | 121 | + 13 | 162 | 100 | | | 2 | 9 | 179 |
| Gł. do góry | 186 | 192 | + 6 | 210 | 160 | | | 2 | 8 | 141 |
| Pies również niespokojny. | | | | | | | | | | |
| po 2′ | 240 | 192 | + 48 | 242 | 236 | | | | | 195 |
| Poziomo | 218 | | | 254 | 192 | | | | | 218 |
| Gł. w dół | 212 | 248 | —36 | 242 | 190 | | | 2 | | 165 |
| Gł. do góry | 170 | 152 | + 18 | 222 | 140 | | | | | 217 |
| Sztuczne oddechanie. | | | | | | | | | | |
| Poziomo | 146 | 116 | —6 | 120 | 104 | | | | | 157 |
| Gł do góry | 110 | 116 | —6 | 120 | 104 | | | | | 157 |
| Gł. w dół | 146 | 170 | — 24 | 152 | 136 | | | | | 91 |
| — | 110 | 170 | —60 | 116 | 108 | | | | | 63 |
| Gł. do góry | 160 | 192 | —32 | 178 | 140 | | | | | 179 |
| Gł. w dół | 160 | 192 | —32 | 178 | 140 | | | | | 113 |

Doświadczenie V.

Kot. — Badano bezpośrednio po tracheotomii. Odległość kaniulki wstawionéj do tętnicy udowéj od serca 25 cm., odległość dogłowowéj 15 cm.

25 cm. = 19 mm. rtęci
15 „ = 11 „ „
40 „ = 30 „ „

| Pozycyje | Parcie określone | Parcie obliczone | Różnica | Maximum | Minimum | Puls | Oddechanie | Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą | W któréj sek. maxim. zmiany | Parcie obliczone dla tętn. udowéj lub dogłowowéj |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Udowa | | | | | | | | | Dogłowowa |
| Poziomo | 178 | | | 196 | 160 | 25 | 4 | | | 178 |
| — | 184 | | | 204 | 160 | 21 | 4 | | | 187 |
| Gł. w dół | 164 | 166 | —2 | 184 | 144 | 25 | 7 | | 7 | 194 |
| — | 164 | 166 | — 2 | 182 | 140 | 25 | 4 | | | 194 |
| Gł. do góry | 232 | 202 | + 30 | 246 | 166 | 29 | | | | 202 |
| — | 220 | 202 | + 18 | 250 | 190 | 32 | | | | 190 |
| Gł. w dół | 188 | 182 | + 6 | 200 | 136 | 20 | | $3\frac{1}{2}$ | 1 | 218 |
| Poziomo | 194 | 207 | —13 | 216 | 170 | 28 | | $2\frac{1}{2}$ | 3 | 194 |
| Gł. w dół | 176 | 175 | + 1 | 204 | 136 | 23 | | 2 | 4 | 206 |
| Gł. do gory | 200 | 214 | — 14 | 220 | 174 | 31 | | | | 170 |
| po 4′ | 206 | 214 | —8 | 212 | 186 | 31 | | | | 176 |
| Gł. w dół | 160 | 188 | —18 | 186 | 128 | 20 | | | | 190 |
| Po użyciu kurary. | | | | | | | | | | |
| Poziomo | 143 | | | 148 | 140 | 41 | | | | 143 |
| Gł. w doł | 146 | 124 | + 22 | 176 | 122 | 35 | | $2\frac{1}{2}$ | | 176 |
| Gł. do góry | 108 | 184 | — 76 | 126 | 100 | | | | | 78 |
| Głow. w dół | 134 | 70 | + 64 | 162 | 110 | | | 3 | 2 | 164 |
| Gł. do góry | 102 | 172 | —68 | 120 | 80 | | | $2\frac{1}{2}$ | | 42 |
| Gł. w dół | 198 | 64 | + 134 | 230 | 166 | | | 3 | 1 | 228 |
| Głowa do góry | 104 | 236 | —132 | 134 | 75 | | | | | 74 |
| Gł. w dół | 130 | 66 | + 64 | 136 | 124 | | | | | 160 |
| Poziomo | 139 | 166 | —27 | 143 | 134 | | | 4 | 3 | 139 |
| Gł. do góry | 116 | 177 | —61 | 124 | 110 | | | | | 86 |
| Gł. w dół | 198 | 78 | + 20 | 208 | 188 | | | | | 228 |
| Gł. do góry | 104 | 236 | —132 | 108 | 100 | 39 | | | | 74 |
| Gł. w dół | 184 | 66 | + 118 | 200 | 160 | 34 | | $5\frac{1}{2}$ | 3 | 214 |
| po 1′ | 138 | 66 | + 72 | 142 | 134 | | | | | 168 |
| Gł. do góry | 74 | 176 | —102 | 164 | | 34 | | 3 | 7 | 44 |
| po $\frac{1}{2}'$ | 70 | 176 | —106 | | | 36 | | | | 40 |
| Gł. w dół | 172 | 32 | + 110 | | | 38 | | | 7 | 172 |
| po 1′ | 130 | 32 | + 98 | | | | | | | 160 |
| Poziomo | 120 | 149 | —29 | | | | | | | 120 |

Doświadczenie VI.

Pies — Odległość tętnicy udowéj od serca 25 cm. od głowy 45 cm.

25 cm. = 19 mm. rtęci
45 „ = 39 „ „
70 „ = 58 „ „

| Pozycyje | Parcie określone | Parcie obliczone | Różnica | Maximum | Minimum | Puls | Oddechanie | Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą | W któréj sek. maxim. zmiany | Oblicz. parcie dla tętn. udowéj lub dogłowowéj |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Udowa | | | | | | | | | Dogłowowa |
| Poziomo | 155 | | | 179 | 131 | 33 | 9 | | | 155 |
| — | 153 | | | 163 | 143 | 27 | 9 | | | 153 |
| — | 140 | | | 155 | 125 | 24 | 5 | | | 140 |
| Gł. do góry | 140 | 159 | —19 | 190 | 128 | 26 | 7 | 1 | 1 | 106 |
| po 15″ | 186 | 159 | + 27 | 198 | 156 | 18 | 3 | | | 152 |
| po 2′ | 162 | 159 | + 3 | 170 | 134 | 25 | 5 | | | 128 |
| po 10′ | 162 | 159 | + 3 | 166 | 154 | 27 | 9 | | | 128 |
| Poziomo | 134 | 143 | —11 | 178 | 108 | 26 | 7 | | | 134 |
| Gł w dół | 132 | 115 | + 17 | 150 | 110 | 27 | 11 | 1 | $1\frac{1}{4}$ | 166 |
| Głowa do góry | 134 | 170 | —36 | 160 | 130 | 28 | 11 | $1\frac{1}{2}$ | $\frac{3}{4}$ | 100 |
| po 1′ | 152 | 170 | —18 | 168 | 146 | 28 | 12 | | | 118 |
| Głowa w dół | 126 | 114 | + 12 | 162 | 94 | 18 | 12 | $1\frac{1}{4}$ | $\frac{1}{2}$ | 160 |
| Poziomo | 140 | 155 | —15 | 152 | 124 | 27 | 10 | | | 140 |
| Gł. do góry | 156 | 159 | — 3 | 176 | 140 | 28 | 12 | 1 | $\frac{1}{2}$ | 122 |
| Głowa w dól | 136 | 118 | + 16 | 160 | 116 | 29 | 8 | 2 | 6 | 170 |
| Poziomo | 132 | 174 | —42 | 148 | 120 | 33 | 10 | | | 132 |
| — | 137 | | | 144 | 130 | 34 | 9 | | | 137 |
| Głowa do góry | 148 | 156 | —8 | 154 | 144 | 37 | | 3 | $1\frac{1}{2}$ | 114 |
| po 15″ | 142 | 156 | —12 | 154 | 134 | 36 | | | | 108 |
| Głowa w dół | 116 | 104 | + 12 | 126 | 112 | 31 | | 1 | 2 | 150 |
| Głowa do góry | 142 | 154 | —12 | 152 | 132 | 36 | | 2 | 2 | 108 |

| Pozycyje | Parcie określone | Parcie obliczone | Różnica | Maximum | Minimum | Puls | Oddechanie | Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą | W której sek. maxim. zmiany | Parcie obliczone w tętn. dogłowowéj lub udowéj |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sztuczne oddechanie.** | | | | | | | | | | |
| Poziomo | 120 | | | 130 | 112 | 21 | 13 | | | 120 |
| Głową do góry | 138 | 139 | —1 | 154 | 128 | 30 | 13 | 2 | 2 | 104 |
| Głową w dół | 112 | 100 | + 12 | 124 | 98 | | 13 | 1 | 4 | 146 |
| po 15′ | 103 | 100 | + 3 | 110 | 96 | | 13 | | | 137 |
| Głową do góry | 134 | 141 | —7 | 140 | 128 | | 13 | 2 | 2 | 100 |
| Poziomo | 124 | 115 | + 9 | 138 | 118 | 30 | 13 | 2 | 2 | 124 |
| **Po zastrzyknięciu kurary.** | | | | | | | | | | |
| Poziomo | 82 | | | 84 | 78 | 30 | | | | 82 |
| Gł. do góry | 90 | 101 | —11 | 116 | 78 | 31 | | 2 | 2 | 56 |
| po 30″ | 64 | 100 | —36 | 66 | 62 | 30 | | | | 30 |
| Głową w dół | 60 | 24 | + 36 | 72 | 46 | 28 | | 1 | 2 | 94 |
| po 1′ | 78 | 24 | + 52 | 82 | 76 | 30 | | | | 112 |
| Gł. do góry | 88 | 116 | —28 | 106 | 84 | 31 | | 2 | 2 | 54 |
| po 30″ | 80 | 116 | —36 | 84 | 76 | 31 | | | | 46 |
| Głową w dół | 76 | 42 | + 34 | 88 | 64 | 29 | | 3 | 2 | 110 |
| **Przecięcie nerwów błędnych.** | | | | | | | | | | |
| Poziomo | 94 | | | 110 | 84 | 32 | | | | 94 |
| Gł. do góry | 52 | 113 | —61 | 58 | 50 | 32 | | | | 18 |
| Głową w dół | 50 | 14 | + 36 | 60 | 30 | 32 | | 2 | 1 | 84 |
| po ½′ | 76 | 12 | + 64 | 80 | 72 | 32 | | | | 110 |

## Doświadczenie VII.

Pies średniéj wielkości; odległość *femoralis* od podstawy serca 45 cm.,
dogłowowéj 25 cm., słup krwi 45 cm. = 34 mm. rtęci,
„ „ 25 „ = 19 „ „

Różnica między poziomem tętnicy dogłowowéj (od *glandula thyroidea*) i *femoralis* = 70 cm. = 53 mm. rtęci.

| Pozycyje | Parcie określone | Parcie obliczone | Różnica | Puls | Oddechanie | Dogłowowa |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Poziomo | 196 | | | | | 196 |
| Gł. do góry | 200 | 230 | —30 | 22 | 1 | 147 |
| Gł. w dół | 192 | 132 | + 60 | 19 | 3 | 245 |
| po ½′ | 188 | 132 | + 56 | 14 | 5 | 241 |
| Gł. do góry | 220 | 256 | —36 | 23 | | 167 |
| Poziomo | 196 | 194 | + 2 | 20 | 2 | 196 |
| — | 207 | 194 | —10 | 23 | 3 | 204 |
| Gł. w dół | 156 | 173 | —17 | 23 | | 209 |
| po 1′ | 164 | 173 | —11 | 17 | | 207 |
| Gł. do góry | 200 | 232 | —32 | 29 | 1 | 147 |
| Poziomo | 176 | | | 31 | | 176 |
| Gł. do góry | 176 | 210 | —36 | | | 128 |
| po 15″ | 212 | 210 | + 2 | 33 | | 159 |
| po 30″ | 196 | 210 | —14 | 46 | | 143 |
| Gł. w dół | 168 | 128 | + 40 | 16 | | 221 |
| po 2′ | 168 | 128 | + 40 | 17 | | 221 |
| Gł. do góry | 168 | 236 | —68 | 40 | | 115 |
| po 1′ | 200 | 236 | —36 | 50 | | 147 |
| po 1′ | 204 | 231 | —32 | 50 | | 151 |
| Gł. w dół | 160 | 136 | + 24 | 20 | | 213 |
| Poziomo | 184 | 194 | —10 | 27 | | 184 |
| **Przecięcie nerwów błędnych.** | | | | | | |
| Poziomo | 196 | | | 51 | | 196 |
| Gł. do góry | 184 | 230 | —46 | | | 131 |
| po ½′ | 194 | 230 | —30 | | | 141 |
| po ½′ | 189 | 230 | —41 | | | 136 |
| Gł. w dół po 30″ | 234 | 121 | + 13 | | | 263 |
| Poziomo | 200 | 268 | —68 | | | 200 |
| Gł. do góry | 192 | 234 | —42 | | | 139 |
| po ½′ | 174 | 234 | —55 | | | 126 |
| Gł. w dół | 266 | 111 | + 155 | | | 319 |
| po 2′ | 194 | 134 | + 60 | | | 247 |

W tym kierunku zmiany trwały daléj.

## Doświadczenie VIII.

Kot. badanie w tętnicy udowéj. Odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 25 cm., dogłowowéj 16 cm., 25 cm. słup krwi = 19 mm. rtęci. Odległość dogłowowéj od podstawy serca = 16 cm. = 11 mm. rtęci, odległość dogłowowéj od udowéj = 30 mm.

| Pozycyje | Parcie określone | Parcie obliczone | Różnica | Maximum | Minimum | Tętno | Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą. | W któréj sekc. maxim. zmiany | Parcie oblicz. dla tętnicy udowéj lub dogłowowéj |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Udowa | | | | | | | | Dogłowowa |
| Poziomo | 108 | | | 111 | 104 | 30 | | | 108 |
| — | 106 | | | 112 | 102 | 38 | | | 106 |
| Gł. w dół | 86 | 87 | —1 | 92 | 82 | 38 | 6 | | 110 |
| Gł. do góry | 96 | 124 | —28 | 106 | 84 | 41 | 2½ | 6 | 66 |
| — | 106 | 124 | —18 | 116 | 100 | 40 | | | 76 |
| Gł. w dół | 102 | 64 | + 38 | 118 | 94 | 26 | 6 | 5 | 132 |
| — | 100 | 64 | + 36 | | | 30 | | | 130 |
| Gł. do góry | 82 | 120 | —48 | 92 | 74 | 42 | 3 | 5 | 52 |
| — | 105 | 120 | —15 | 110 | 106 | 42 | | | 75 |
| Przy ścisk. brzucha | 128 | 98 | | | | | | | 98 |
| — | 148 | | | | | | | | 118 |
| **Przecięcie nerwów błędnych.** | | | | | | | | | |
| Poziomo | 117 | | | 122 | 112 | 38 | | | 117 |
| Gł. w dół | 100 | 98 | + 2 | 126 | 96 | 38 | 2 | 9 | 138 |
| Gł. do góry | 126 | 138 | —12 | 140 | 112 | 39 | 3 | 3 | 96 |
| — | 138 | 138 | — | 142 | 130 | 39 | | | 108 |
| Gł. w dół | 128 | 100 | + 28 | 112 | 104 | | 3 | 3 | 158 |
| Gł. w dół | 100 | 100 | — | 108 | 93 | 38 | | | 130 |
| Gł. do góry | 124 | 138 | —14 | 134 | 114 | 38 | 2 | 4 | 94 |
| — | 128 | 138 | —10 | 132 | 123 | 40 | | | 98 |
| Gł. w dół | 128 | 90 | + 38 | 136 | 112 | 37 | | | 158 |
| — | 106 | 90 | + 16 | 112 | 100 | 37 | | | 136 |
| Poziomo | 132 | 87 | + 45 | 149 | 124 | 40 | 2 | 1 | 132 |
| — | 130 | 87 | + 43 | 140 | 118 | 40 | | | 130 |
| Gł. do góry | 134 | 149 | —15 | 142 | 125 | 39 | | | 104 |
| Gł. w dół | 122 | 96 | + 26 | 138 | 118 | 40 | 2½ | 3 | 152 |
| — | 166 | 96 | + 10 | 110 | 104 | 40 | | | 136 |
| Gł. do góry | 128 | 144 | —16 | 140 | 114 | 41 | 2 | 3 | 98 |
| — | 140 | 144 | —4 | 148 | 132 | 43 | | | 118 |
| Gł. w dół | 138 | 102 | + 36 | 154 | 124 | 41 | 1½ | 1½ | 168 |
| — | 110 | 102 | —8 | 118 | 100 | 39 | | | 140 |
| Poziomo | 122 | 129 | —7 | 135 | 110 | 39 | | | 122 |
| — | 127 | 129 | —2 | 138 | 116 | 36 | | | 127 |
| **Sztuczne oddychanie.** | | | | | | | | | |
| Poziomo | 124 | 129 | 5 | 130 | 114 | 36 | | | 124 |
| Gł. w dół | 102 | 105 | —3 | 108 | 96 | 37 | | | 132 |
| Gł. do góry | 124 | 140 | —16 | 134 | 116 | 36 | | | 94 |
| Poziomo | 116 | 105 | + 11 | 122 | 108 | | | | 116 |
| **Po zastrzyknięciu kurarą.** | | | | | | | | | |
| Poziomo | 76 | | | 84 | 70 | 31 | | | 76 |
| Gł. do góry | 116 | 105 | + 11 | 122 | 102 | 26 | 2 | 1 | 86 |
| — | 124 | 105 | + 19 | 130 | 120 | 28 | | | 94 |
| Gł. w dół | 126 | 86 | + 40 | 143 | 104 | 29 | 2 | 3 | 156 |
| — | 150 | 86 | + 64 | 154 | 146 | 28 | | | 180 |
| Gł. do góry | 146 | 188 | —42 | 186 | 120 | 27 | 2 | 3 | 116 |
| — | 86 | 188 | —102 | 90 | 84 | 27 | | | 56 |
| Gł. w dół | 96 | 48 | + 48 | 120 | 68 | 29 | 2½ | 4 | 126 |
| — | 140 | 48 | + 92 | 147 | 134 | 29 | | | 170 |
| — po 8′ | 106 | 48 | + 58 | 110 | 104 | 15 | | | 136 |
| **Przecięcie rdzenia pacierzowego.** | | | | | | | | | |
| Poziomo | 38 | | | 40 | 34 | 28 | | | 38 |
| Gł. w dół | 26 | 19 | + 7 | 30 | 22 | 28 | 1 | 3 | 56 |
| Gł. do góry | 40 | 64 | —24 | 52 | 28 | 28 | 2 | 4 | 10 |
| — | 37 | 64 | —27 | 42 | 32 | 30 | | | 7 |
| Gł. w dół | 45 | —1 | + 46 | 52 | 38 | 32 | | | 75 |
| — | 30 | —1 | + 31 | 34 | 26 | 30 | | | 60 |
| Gł. do góry | 40 | 68 | —28 | 54 | 26 | 29 | 1½ | 3 | 10 |
| — | 36 | 68 | —32 | 37 | 36 | 34? | | | 6 |
| Gł. w dół | 42 | —2 | 44 | 52 | 18 | 32 | 1½ | 4 | 72 |
| — | 26 | —2 | + 28 | 30 | 24 | 29 | | | 56 |
| Poziomo | 28 | 45 | —17 | 30 | 26 | 29 | | | 28 |
| Gł. do góry | 30 | 47 | —17 | 36 | 24 | 29 | | | — |
| Ściskanie brzucha | 52 | 47 | + 5 | 56 | 48 | 29 | | | 33 |
| Gł. w dół | 24 | 14 | + 10 | 26 | 22 | 30 | | | 74 |
| Gł. do góry | 29 | 62 | —33 | 36 | 22 | 24? | | | 1 |
| Ściskanie brzucha | 44 | 62 | —18 | 52 | 36 | 18? | | | 14 |
| Gł. w dół | 26 | 6 | + 20 | 30 | 22 | 30 | | | 56 |

Kraków. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem A. M. Kosterkiewicza 1886.